

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 69

STATISTIQUE DU SERVICE DE M. LE PROFESSEUR BÉRARD DE 1920 A 1924

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des
RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
dans le
TRAITEMENT des FIBROMES UTÉRINS

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 3 Février 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger LEFRANÇOIS

né à GRENOBLE (Isère) le 16 Octobre 1898



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 69

STATISTIQUE DU SERVICE DE M. LE PROFESSEUR BÉRARD DE 1920 A 1924

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

dans le

TRAITEMENT des FIBROMES UTÉRINS



THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 3 Février 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger LEFRANÇOIS

né à GRENOBLE (Isère) le 16 Octobre 1898



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENC
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD. ROQUE.
Cliniques chirurgicales	TIXIER. BERARD.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	COMMANDEUR.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	NICOLAS.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants.....	X...
Clinique des maladies des femmes.....	VILLARD.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS.
Clinique des maladies des voies urinales.....	ROCHET.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	NOVE-JOSSERAND.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	CLUZET.
Chimie biologique et médicale.....	MOREL.
Chimie organique et Toxicologie.....	HUGOUNENCQ.
Matière médicale et Botanique.....	BRETIN.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	GUIART.
Anatomie	LATARJET.
Histologie	POLICARD.
Physiologie	DOYON.
Pathologie Interne	COLLET.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	MOURIQUAND.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	ARLOING (F.).
Médecine légale	Etienne MARTIN.
Hygiène	COURMONT (P.).
Thérapeutique, Hygiène et Climatologie.....	PIC.
Pharmacologie	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale	X.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, président ; SANTY, assesseur ;
DUNET et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

LYON - GRENOBLE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Ancien Bâtonnier

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE GEORGES

tué à l'ennemi

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

tombés au Champ d'Honneur

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

En témoignage de mon affection.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

INTRODUCTION

Nous n'avons d'autre prétention que de publier ici les résultats éloignés du traitement des fibromes utérins dans le service de M. le Professeur Bérard, à l'Hôtel-Dieu.

Ce travail n'est donc qu'un exposé du traitement des fibromes pendant quatre années dans un service de chirurgie générale, non spécialisé. Il tend à montrer que les méthodes chirurgicales, judicieusement appliquées, donnent des résultats suffisamment convaincants pour pouvoir prétendre à être employées dans la majorité des cas et, par conséquent, demeurer le traitement de choix.

Nous avons divisé cette thèse en quatre chapitres, dont trois résument l'histoire du fibrome utérin et conduisent à son traitement rationnel. Le quatrième comporte les observations et les résultats. Enfin, nous en avons déduit un certain nombre de conclusions.

— 9 —

CHAPITRE PREMIER

Etude clinique et orientation du traitement.

Nous ne prétendons pas tracer ici les diverses manifestations cliniques auxquelles donne lieu le développement d'un fibrome utérin ; nous serions exposé à énumérer des notions banales, actuellement bien connues.

Au surplus, les malades traitées pour fibrome, dans un service de chirurgie générale, sont, le plus souvent, observées à l'occasion de manifestations symptomatiques toujours identiques.

Il s'agit, généralement, de femmes, dont les règles, depuis longtemps, étaient anormalement abondantes et qui, depuis peu, présentent de véritables hémorragies, coïncidant ou non avec la période normale des règles ; la répétition, l'abondance de ces hémorragies les inquiètent ou déterminent un état d'anémie grave constituant un type fréquent d'indication opératoire.

Parfois aussi, les malades accusent des phénomènes douloureux intenses : douleurs lombaires s'irradiant dans les membres inférieurs, empêchant le travail, troublant le sommeil.

Plus rarement, ce sont des phénomènes de compression, déterminés par le développement de la tumeur pelvienne, qui conduisent la malade à solliciter un traitement. Cette compression porte ou sur les voies urinaires, sur la vessie, sur l'uretère, d'où l'apparition soit de pollakiurie, soit de rétention, de dysurie ou même de distension rénale ; ou bien sur le tractus intestinal, déterminant, dans les cas bénins, de la constipation, dans les cas plus graves, des accidents de sub-occlusion ou d'occlusion véritable.

Dans d'autres cas, l'indication thérapeutique est, au contraire, fonction du développement d'une tumeur d'abord pelvienne, puis abdominale, élargissant la circonférence abdominale, distendant la paroi, ou bien de l'évolution vaginale du fibrome, sous la forme du polype fibreux.

Enfin, il n'est pas rare que la malade soit conduite à l'hôpital, non pour des symptômes inhérents au fibrome lui-même, mais pour des lésions connexes, qui compliquent le fibrome.

Nous voulons parler des lésions annexielles, inflammatoires et tubaires, ou bien kystiques et ovariennes, et encore de l'association du fibrome et de la grossesse.

Dans la clientèle hospitalière, c'est peut-être dans ces circonstances que se pose le plus souvent le problème de la thérapeutique du fibrome et c'est pour

cette raison également qu'une thérapeutique simpliste et univoque ne saurait convenir à des conditions cliniques aussi diverses.

En définitive, s'il faut tenir compte de la description classique des signes physiques et fonctionnels du fibrome utérin, il faut insister surtout sur le fait que les conditions habituelles dans lesquelles il se présente au chirurgien, surtout au chirurgien non spécialisé, sont généralement créées soit par l'exagération d'un symptôme, soit par l'évolution concomitante de lésions annexielles, par la coexistence d'une grossesse, voire même d'un néoplasme, ou bien par la brusque apparition d'une complication inhérente au fibrome lui-même (torsion du pédicule d'un fibrome sous-péritonéal ; hémorragie intra-péritonéale par rupture des veines anormalement développées ; complications infectieuses ou nécrobiotiques...)

On comprend que, dans ces conditions, le problème thérapeutique se pose avec des données essentiellement différentes de celles qu'il comporte chez le spécialiste. Très souvent, la situation exige une solution urgente et radicale ; presque toujours, elle pose des problèmes complexes.

Nous envisagerons rapidement les diverses solutions thérapeutiques qui ont été imaginées et préconisées ; nous nous arrêterons seulement aux méthodes chirurgicales et nous exposerons leurs résultats.

a) Existe-t-il un traitement médical des fibromes ?
Il faut évidemment laisser de côté la thérapeutique

symptomatique, qui ne s'adresse, de façon médiocre et temporaire d'ailleurs, qu'à l'hémorragie et à la douleur (effets), et non à la tumeur (cause).

L'opothérapie thyro-ovarienne, quoique plus exacte, n'est encore qu'un palliatif de faible valeur.

L'électricité, très en vogue il y a une quarantaine d'années, est abandonnée actuellement.

b) Par contre, la radiothérapie, et surtout le radium, représentent des méthodes infiniment plus efficaces et plus scientifiques.

On sait pourtant que leur action est surtout le fait d'une stérilisation ovarienne déterminée par les radiations, aboutissant à une véritable ménopause anticipée.

Leur action sur la tumeur est moins certaine. Dans les cas de fibrome volumineux, il est exceptionnel d'assister à une complète disparition ; on observe habituellement une régression plus ou moins importante, suffisante pour les tumeurs de volume moyen ou petites ; très souvent insuffisante, dès que le fibrome est de quelque importance. En outre, l'action ovarienne contre-indique leur emploi chez les jeunes, pour lesquelles la possibilité d'une intervention conservatrice représente un argument sérieux en faveur des méthodes opératoires.

c) Les méthodes chirurgicales.

Nous éliminerons rapidement les procédés opératoires de petite gynécologie, tels que les cautérisations au chlorure de zinc, le curettage, qui ne peuvent être

considérés comme des traitements efficaces, étant donné le peu de durée de leurs résultats, si on excepte quelques cas, où il s'agit plutôt d'utérus métritiques que d'utérus fibromateux vrais.

Ceci éliminé, les moyens chirurgicaux proprement dits sont représentés par :

Les ligatures atrophiantes.

La myomectomie	{	abdominale
		vaginale
		polypectomie.
L'hystérectomie	{	abdominale { totale
		sub-totale.
		vaginale

D'ores et déjà, nous dirons que les ligatures atrophiantes sont presque abandonnées.

Des deux voies d'accès, abdominale ou vaginale, par lesquelles se pratiqueront la myomectomie et l'hystérectomie, la voie vaginale est réservée à certains cas très différenciés : fibromes infectés, en voie de sphacèle, polypes fibreux, femmes obèses, sous la réserve d'un vagin large et d'un utérus mobile.

Dans les autres cas, c'est à la voie abdominale qu'on a recours. Dans les formes favorables, on tentera la myomectomie, qui reste le traitement idéal ; encore faut-il que la femme soit jeune, qu'il n'existe pas de lésion annexielle concomitante, que le fibrome soit unique, ou du moins qu'il y ait un petit nombre de fibromes.

Toutes les autres formes relèvent de l'hystérectomie totale ou sub-totale, dont nous n'avons pas à départager les mérites, et dont nous reprendrons plus complètement les indications.

Chacune de ces méthodes comporte ses inconvénients, si elle présente des avantages.

C'est, pour le traitement chirurgical, la mutilation et la suppression des fonctions ovariennes, les risques opératoires ; pour la radio et la radiumthérapie, la stérilité, l'influence, parfois très néfaste, des radiations sur les lésions annexielles ; en somme, résultat plus sûr, d'un côté, risques moins grands, de l'autre ; étant bien entendu que le point de vue de la grossesse possible doit toujours dominer le choix du traitement.

Etant donné ce qui a été dit, comment concevoir les indications opératoires ? Nous ne pouvons mieux faire que de nous inspirer des rapports des Congrès de l'Association française de Chirurgie, à Paris (1924).

Auparavant, nous consacrerons quelques pages à l'histoire des opérations sur les ovaires et sur l'utérus.

Les opérations tendant à amener l'atrophie utérine et, par suite, de la tumeur (opérations indirectes), ont préoccupé les chirurgiens depuis l'antiquité jusqu'à la découverte finale des interventions sur l'utérus lui-même (myomectomie, hystérectomie), qu'on pourrait appeler opérations directes.

De ces interventions, la plus ancienne est certainement l'ablation des ovaires, ou, plus exactement, le pincement des ovaires qui, vraisemblablement, devait

être semblable au bistournage et devait se pratiquer par voie vaginale. C'est à elle qu'il faut penser lorsqu'on retrouve les pratiques très anciennes des Orientaux. Plus tard, on met au point la ligature atrophiante des utérines, et, beaucoup plus près de nous, la castration ovarienne « vraie » (1790), instituée presque en opération souveraine.

Or, sans discuter les mérites de chacune de ces méthodes, dont, d'ailleurs, il serait bien difficile de faire une histoire sérieuse, puisqu'il faut arriver jusqu'à la Révolution pour avoir quelques précisions scientifiques (Pott), il est certain cependant que le fait marquant est la tactique indirecte, la manière détournée de frapper un organe pour faire disparaître son voisin par contre-coup, et le manque d'élégance de pareilles méthodes ne peut guère s'expliquer honorablement que par la peur de l'intervention brutale, ou, plus honorablement encore, par la crainte de cet ennemi redoutable des vieux chirurgiens : l'infection.

Actuellement, de pareils dangers font partie presque de la légende, et les progrès de la technique opératoire, d'une part, l'asepsie, de l'autre, ont permis l'application de la méthode directe, frappant le mal dans sa source même.

Il n'en est pas moins vrai que pendant fort longtemps la terreur de l'inconnu a paralysé le traitement chirurgical du fibrome, et que si l'on voulait bien accorder à la suppression de la tumeur une certaine importance, on en prêtait au moins autant, au sens péjoratif, à la ménopause prématurée qui en résultait.

Dans le paragraphe qui va suivre, nous tâcherons de faire l'historique de cette longue suite d'hésitations thérapeutiques, et de l'évolution progressive des traitements chirurgicaux intéressant l'utérus malade.

Notes historiques.

Evidemment, nous n'en sommes plus au temps, relativement récent, où l'ablation des organes génitaux de la femme soulevait des tempêtes littéraires, et certainement il est au moins curieux de rapporter le passage que Zola consacrait, dans *Fécondité*, aux « Auvergnates ». Le corps médical n'y est pas oublié :

« Le pis est qu'il n'y a là-dedans que mensonge, duperie et vol. Elles sont menteuses, leurs statistiques, celles qu'ils publient à leur gloire. Elles dupent les clientes du lendemain ; elles les volent, ne réalisant presque jamais les espérances qu'elles ont données. Toute cette mode de castration est ainsi basée sur une vaste tromperie, car il ne s'agit pas de savoir si l'opération réussit en elle-même ; il faudrait *suivre les opérées*, étudier ce qu'elles deviennent, quels sont les résultats définitifs aux points de vue individuels et sociaux. Et quels horribles mécomptes, dans quels enfers on tombe, effroyables de douleurs, de déchéances et de désastres ! *On ne guérit pas un organe en*

supprimant une fonction, on fait des monstres, je le répète, et les monstres sont la négation de toute santé, de tout bonheur. Au bout, il n'y a qu'un déchet immense, de la vie gâchée, anéantie, de l'humanité assassinée. »

Plus loin :

« Elle était assise, cette Euphrasie, sur une chaise de paille, et on aurait dit une petite vieille de cinquante ans, bien qu'elle en eût à peine trente, si amaigrie, si flétrie, qu'elle ressemblait à un de ces fruits tout d'un coup privés de sève, qui ont séché sur l'arbre. Ses dents étaient tombées, il ne lui restait plus que quelques rares cheveux blancs. Mais, surtout, ce qui caractérisait cette sénilité précoce, c'était une perte incroyable des forces musculaires, une disparition presque complète de la volonté, de l'énergie, du pouvoir d'agir, à ce point qu'elle restait ainsi des journées entières oisive, hébétée, sans avoir le courage de lever un doigt. »

Enfin, le coup de grâce :

« Huit jours après, la baronne de Lowicz avait la camisole de force aux épaules. Chez elle, la castration retentissait sur le cerveau, *dans le ravage destructeur du désir qu'elle ne ressentait plus*. Elle fut isolée ; on ne pouvait pas même la laisser voir, car elle disait des paroles immondes ; elle faisait des gestes abominables aux heures obscènes de ses crises. »

Laquelle de nos hystérectomisées ne frémirait pas de frayeur posthume à une évocation aussi peu galante ?

Or, si les romanciers sont faits pour bâtir des romans, et non exercer de bonne médecine, ils reflètent néanmoins, ou inspirent, ce qui revient au même, les joies et les terreurs de leur époque.

Comment et pourquoi l'opinion a pu revenir d'une impression aussi affreuse, c'est ce que nous essayerons de dégager du court historique qui va suivre, des opérations ayant pour but la guérison, et pour premier résultat la suppression de l'utérus.

C'est pourquoi nous consacrerons ce chapitre aux troubles présumés consécutifs à la suppression de la fonction utérine.

CHAPITRE II

Des troubles « présumés » consécutifs à la castration chirurgicale.

La femme qui « *propter solum ovarium mulier est quod est* », selon l'adage romain, peut-elle, privée de ses attributs, demeurer un être intéressant, ou mieux dont l'existence comporte assez de bonheur pour que sa vie vaille la peine d'être vécue ?

Depuis fort longtemps, la castration est connue, puisque Gygès, roi de Lydie, la faisait pratiquer sur ses femmes, il est vrai dans un but peu médical, « *ut iis semper ætate et forma florentibus uteretur* ». Hippocrate la conseille contre la goutte (?), Galien contre la lèpre (?) ; contre la folie, les prêtres de Cybèle. Ce qu'il y a de certain, c'est que la clientèle ne devait pas manquer, puisque pour elle on crée le terme « *tertium hominum genus* ».

On la pratique, beaucoup de siècles plus tard, dans les cas de hernie inguinale (*Société Royale de Méde-*

cine de Paris, 1779) (1). Mais on retrouve une assez grande incertitude quant aux résultats éloignés, lors de la première castration pour hernie double des ovaires (1790). Percival Pott dit de sa patiente : « Elle jouit d'une bonne santé, mais elle est devenue plus grasse et n'a pas été réglée depuis l'opération. » Aucun pronostic n'est signalé.

Jusqu'en 1871, les très grosses tumeurs seules, et d'une gravité extrême, relèvent de l'intervention, et on pense que la femme sans ovaires change complètement d'habitus extérieur et même prend un aspect viril.

Enfin, en 1871, premier résultat contrôlé trois ans après l'intervention : Bailly (2) parle d'une femme, opérée par Auger : « Avant l'intervention, elle pesait 90 livres ; actuellement, elle pèse 165 livres ; affaiblissement de la mémoire et de la vue. La voix a changé de timbre, d'élevé qu'il était, il est devenu plus grave. Les désirs sexuels ont complètement disparu. »

Ce n'est pas encore très brillant ; **mais**, deux ans plus tard, Puech affirme que « l'extirpation des ovaires n'apporte aucune modification notable dans l'état général des opérées. Ce sont des femmes qui peuvent être considérées comme étant arrivées brusquement à la ménopause. Elles ne sont plus, il est vrai, sous l'empire d'un besoin érotique impérieux, mais elles n'en sont pas moins bonnes et aimantes ; leurs organes génitaux demeurent excitables ; les seins ne s'atrophient pas, ou guère ; elles n'ont pas de tendance à prendre un embonpoint exagéré ; le système

pileux n'a éprouvé aucun changement ; le timbre et la tonalité de la voix ne sont pas modifiés. Dans tous les cas, il y a aménorrhée et santé parfaite » (3).

Stahl (1876), Kœberlé (1878), sont du même avis (4).

Péan (1880), dit, parlant à la fois de la castration ovarienne et de l'hystérectomie : « Peu de temps après l'opération, l'utérus diminue de volume, se rétrécit et se contracte. J'ai vu plusieurs fois survenir, à la suite de la *castration ovarienne ou utérine*, des affections cutanées de quelque gravité. Il y a tendance à l'embonpoint et persistance des impulsions sexuelles. Contrairement à ce qui se passe pour l'homme, la femme reste puissante ; c'est ce qui explique pourquoi, après la castration totale, on n'observe pas, chez la femme, la dépression morale, la mélancolie, parfois même les tendances au suicide, dont la fréquence est si grande chez l'homme » (5).

Glöewecke (1889), par l'intermédiaire de Jayle (6), donne ses conclusions et ses chiffres. (Ils se rapportent à la castration ovarienne seule, ce qui explique le paragraphe « ménopause »).

Selon lui, la ménopause (avantage) se produirait dans 86 % des cas ; les troubles, par contre, se répartiraient dans les proportions suivantes :

Les douleurs lombaires, au niveau des régions ovariennes, se réveilleraient, presque constamment, au moment des anciennes règles. Les bouffées de chaleur se produiraient chez 90 % des opérées ; les fleurs blanches se retrouveraient également dans 87 % des cas ; l'embonpoint, 35 fois sur 100 ovariectomisées. Les désirs sexuels seraient amoindris 78 fois sur 100 ;

enfin, il signale comme fréquents les troubles mentaux, mais seulement à titre temporaire, et comme non spécifiques de la castration, mais communs à toute laparotomie.

Spencer Wells est autrement effrayant :

« Il faut se rappeler, dit-il, qu'après l'ablation des ovaires et des annexes, si la malade ne meurt pas, au lieu d'être guérie de ses souffrances, elle reste dans un état de santé générale plus mauvais qu'avant l'opération, en ce sens que les douleurs sont souvent plus violentes, que la menstruation ne s'arrête point et qu'il se produit même des ménorrhagies. Dans certains cas, la notion de l'état de stérilité, dont la perspective n'avait pas été portée à leur connaissance, a troublé gravement l'état mental de certaines opérées ». (7).

Par contre, Lawson-Tait, de Birmingham : « Les brillants résultats obtenus par la castration ne peuvent qu'étendre davantage le champ de cette opération » (7).

Richelot (7) : « Les femmes, quand elles sont encore jeunes, ont des bouffées de chaleur à la face, des pesanteurs pelviennes de temps à autre ; ces phénomènes consécutifs à la ménopause anticipée, peuvent durer un an à dix-huit mois ; mais, je le répète, ces opérées sont bien guéries, valides et contentes de leur sort. »

Jannel (7) tire les mêmes conclusions.

Routier, de même, en signalant en outre la fréquence de la miction : « Mais toutes s'accordent sur le point que l'opération les a transformées ».

Julien, en 1899, donne le dernier mot : « Ces troubles sont bien moins considérables que ne l'ont dit jusqu'ici la plupart des auteurs. Ils sont souvent absents, la plupart du temps légers, et, dans tous les cas, finissent par s'atténuer d'eux-mêmes à la longue » (8).

CHAPITRE III

Les indications du traitement chirurgical dans les fibromes.

Les indications du traitement chirurgical des fibromes utérins viennent d'être fixées par le dernier Congrès de Chirurgie (Rapport de MM. Labey et Tixier) ; deux grandes divisions : en dehors de la grossesse, pendant la grossesse.

Indications des opérations dans les fibromes en dehors de la grossesse.

La thérapeutique chirurgicale des fibromes utérins vise uniquement aujourd'hui à obtenir la suppression de la tumeur, et les opérations palliatives (ligatures atrophiantes, castration ovarienne) ne représentent plus qu'une curiosité historique.

Les cas où l'état général ne permet pas l'opération radicale et auxquels on aurait autrefois appliqué les

méthodes palliatives sont justiciables aujourd'hui des radiations. La curiethérapie et la radiothérapie restent donc le traitement de choix chez les malades à grosses tares viscérales, qui ne supporteraient même pas une anesthésie.

Les indications opératoires peuvent rentrer dans deux catégories :

I. Fibromes simples, à symptômes classiques, ne pouvant faire soupçonner une complication quelconque.

II. Fibromes sur lesquels on diagnostique une complication biologique (dégénérescence maligne, suppuration, gangrène) ou mécanique (torsion, compression grave).

Dans le premier cas seul, la chirurgie conservatrice peut être envisagée.

I. — *Fibromes simples.*

Deux voies : abdominale et vaginale.

Deux méthodes pour chacune :

a) Conservatrice : myomectomie.

b) Mutilante : hystérectomie.

A) CHIRURGIE CONSERVATRICE

Avantages : *Pour l'individu* : Conservation de l'appareil et, par conséquent, de la fonction génitale. On soustrait l'opérée aux accidents de la ménopause arti-

ficielle (obésité, rhumatisme chronique ; troubles nerveux : vertiges, céphalées, insomnies ; phénomènes congestifs : bouffées de chaleur, transpirations, palpitations ; hypertension artérielle).

Pour l'espèce : Conserve la fonction de reproduction.

La méthode est donc idéale, si les dangers qu'elle comporte sont moindres que les avantages qu'elle procure. C'est ce qu'il importe de discuter ; il ne sera question que de l'opération conservatrice par voie abdominale, la vaginale étant réservée à des cas bien nets et à des indications précises.

1. CHIRURGIE ABDOMINALE CONSERVATRICE

Depuis une trentaine d'années, la mortalité de cette intervention s'est abaissée considérablement, en parallèle, d'ailleurs, avec celle de l'hystérectomie abdominale.

Après le 13 % de Martin (de Berlin), en 1893, on atteint le 2,5 % avec Zivibel (1900) ; Tuffier (1904), 2,75 ; Goullioud (1922), 3,85 ; Mayo (1921), 0,7 ; Giles, de Londres, 0,89.

Elle serait donc plutôt encore moins meurtrière que l'hystérectomie, mais disons tout de suite que cette dernière comprend, en principe, les cas les plus défavorables, et, par suite, plus de risques d'accident.

Nous n'avons pas à entrer ici dans la technique opératoire, ni à faire le panégyrique de la myomectomie. Nous dirons seulement que, au seul point de vue opératoire, le danger « hémorragie » n'est plus

un épouvantail, avec la méthode de Tuffier (incision médiane de l'utérus). Au besoin, d'ailleurs, on en serait toujours maître par une hystérectomie terminale.

Quant aux complications infectieuses, on y pare avec la dilatation utérine et le drainage vaginal. Peu de phlébites, pas d'embolies (car il n'y a pas de ligature des grosses veines allant à la veine iliaque, comme dans l'hystérectomie, où elles sont relativement fréquentes). Récidives rares.

Enfin, la myomectomie suffit pour faire cesser les accidents dûs aux fibromes (diminution de volume, cessation des phénomènes congestifs et des hémorragies) ; et, en outre, au point de vue reproduction, on arrive à 20 ou 27 % de grossesses chez les myomectomisées, si l'on écarte des statistiques les célibataires et les femmes de plus de 40 ans. Il n'y a pas non plus, au point de vue accouchement, de dystocie spéciale, due à l'intervention ; il faut seulement se rappeler, au moment du travail, que l'utérus, porteur de cicatrices, doit être surveillé plus attentivement.

Devant tant d'avantages spéciaux à la myomectomie, il faut donc de bien gros motifs pour lui opposer l'hystérectomie. Dans quels cas faudra-t-il indiquer cette dernière ?

D'abord, lorsque l'état génital ou l'âge de la femme ne lui permettent plus la fécondation, ou font redouter une dégénérescence maligne.

Les conditions anatomiques mêmes des fibromes, relevées au cours même de l'intervention, peuvent imposer cette méthode.

Les fibromes pédiculés, lorsqu'ils sont en trop grand nombre, et surtout certains fibromes du fond utérin (Albertin), à accroissement rapide, bosselés, en « tubercules de topinambour » ou avec des cavités pseudo-kystiques parfois très riches en veines, commandent l'hystérectomie.

La situation même du fibrome ; au niveau de la corne utérine, au voisinage de la trompe, du col où de l'isthme, inclus dans le ligament large ; dans le premier cas, hydro-salpinx ou grossesse extra-utérine possibles ; oblitération de la lumière de la trompe après énucléation ; dans le second cas, les adhérences à la vessie, au rectum, et surtout les hémorragies auxquelles peuvent donner lieu les énormes veines qui les entourent, rendant l'ablation trop délicate, pour qu'on ne préconise l'hystérectomie après ligature méthodique des pédicules vasculaires.

Les rapports avec le muscle utérin lui-même peuvent être aussi une contre-indication à la myomectomie (fibromatose diffuse).

« De façon générale, on peut dire, avec Goullioud, que les fibromes sont d'autant plus justiciables de la myomectomie qu'ils tendent davantage à s'extérioriser vers le péritoine ; d'autant moins qu'ils tendent à se pédiculiser du côté de la cavité utérine.

Enfin, la coexistence de certaines lésions utérines ou annexielles (cancer du col, lésion douteuse du col, épithélioma (biopsie), annexes en mauvais état des deux côtés) est aussi une contre-indication à l'opération conservatrice. Par contre, il est indiqué, chez une femme jeune, de sauvegarder, autant que possible,

toute annexe saine (Zweifel...), hystérectomie fundique de Lecène et d'Allaines, respectant un fragment d'ovaire important, après ablation du fond de l'utérus et des deux trompes, de façon à garder le flux menstruel : encore faut-il que le fibrome soit haut situé.

Ainsi, la myomectomie revient en faveur, surtout depuis que, à l'expérience, les rayons X et le radium se sont révélés beaucoup moins sûrs au point de vue disparition de la tumeur, et beaucoup trop certains quant à la stérilité consécutive.

Aussi, est-ce la conclusion des chirurgiens lyonnais (*Société de Chirurgie de Lyon*, mars-avril 1924), et en particulier de M. le Professeur Bérard, de MM. Cotte, Villard, Tixier, Goullioud, que « chez les femmes jeunes, dans tous les cas où les fibromes sont énucléables, peu nombreux, non suspects de dégénérescence et sans lésions associées », la myomectomie constitue le traitement de choix.

2. CHIRURGIE VAGINALE CONSERVATRICE

Bien entendu, les fibromes utérins pédiculisés, à évolution cavitaire, c'est-à-dire les polypes, tombent sous la même loi, où qu'ils aient leur point d'implantation ; et cela le plus rapidement possible, sous peine de sphacèle et accidents toxi-infectieux.

De même, les fibromes du col, avec amputation biconique du col consécutive.

Quant aux colpotomies antérieures, latérales ou postérieures, pour les fibromes bas situés, elles ne

peuvent se pratiquer que sur des tumeurs peu volumineuses ; elles sont d'un intérêt pratique à peu près nul.

B. — 1. CHIRURGIE ABDOMINALE MUTILANTE

De ce qui précède, il ressort que l'hystérectomie doit être faite dans tous les cas où la myomectomie est impossible sous l'une de ses formes.

Nous nous bornerons à donner les indications de l'hystérectomie totale, car la question de principe (totale ou sub-totale), pour les cas pouvant relever sans inconvénient de l'une ou de l'autre, n'est pas de notre ressort. Quant à la conservation d'un ovaire sain, nous en parlerons incidemment dans le même paragraphe.

Les indications formelles de la totale sont les suivantes :

Lésions cervicales néoplasiques, ou transformation maligne des tumeurs fibreuses ;

Présence de fibrome du col ne pouvant être énucléé ;

Coexistence d'un cancer du corps et d'un utérus fibromateux (examen immédiat de la cavité utérine après ablation) ;

Lésions inflammatoires des annexes.

A part cela, les dangers de shock, d'infection, les risques de mortalité, en somme, sont à peu près les mêmes dans les deux interventions. La tendance même au prolapsus n'existe plus, avec le procédé de Walther.

Tous les autres cas que ceux que nous venons de citer dépendent donc également de la totale ou de la sub-totale, selon la tendance de l'opérateur.

La conservation d'un ovaire sain est beaucoup plus discutable.

D'une part, l'ovaire est rarement sain, et la dégénérescence scléro-kystique fréquente ; d'autre part, les troubles consécutifs à la ménopause chirurgicale ne sont pas seulement ovariens, mais utéro-ovariens (Tuffier et Manté). De plus, l'ovaire respecté devient assez souvent douloureux. Il n'en est pas moins vrai que, sur la femme jeune, la conservation doit être envisagée (Bérard, Tixier).

2. CHIRURGIE VAGINALE MUTILANTE

A dessein, nous lui laissons une bien petite place et ne faisons que la mentionner. A l'heure actuelle, elle ne présente, en effet, que peu d'intérêt, depuis le drainage à la Mickulicz dans les fibromes infectés, qui lui enlève sa meilleure clientèle. Qu'il nous soit permis pourtant de nommer ici son ardent défenseur, M. le Docteur Termier, chirurgien des Hôpitaux de Grenoble, à qui nous demandons pardon de traiter si cavalièrement une question qu'il connaît si bien, et que nous combattrions si mal en sa présence.

II. — *Fibromes compliqués.*

Ce terme s'applique aux :

Polypes sphacelés ;

Fibromes sous-péritonéaux pédiculés sphacelés ;

Fibromes non pédiculés, sphacelés et fibromes
suppurés.

Polypes sphacelés. — Si le pédicule est grêle, l'excision, après dilatation, est aisée. Si le polype est volumineux (utéro-vaginal de Pozzi), le morcellement est nécessaire. Si la base est saine, il faut instituer l'irrigation et le drainage, après excision. (Se rappeler, à l'excision, l'inversion utérine possible.)

Si le pédicule est très large, on doit terminer, après morcellement, par l'hystérectomie vaginale.

Enfin, s'il y a coexistence de polype sphacélé et de masse fibromateuse normale, opération en deux temps : par l'abdomen, libération de l'utérus ; par le vagin, on enlève le polype et la coque utérine.

Fibromes sous-péritonéaux sphacelés pédiculés. — La gangrène y est moins fréquente, du fait du milieu.

Ce sont des tumeurs qui s'infectent indirectement, par voie sanguine ou lymphatique, par voie ascendante, ou par leurs adhérences à des organes voisins septiques (intestin, appendice, annexes). Dans d'autres cas, la nécrose survient par rupture du pédicule.

Ils relèvent de l'hystérectomie abdominale.

Fibromes non pédiculés sphacelés ou suppurés. — Ils doivent être enlevés dès que soupçonnés.

Si le foyer septique est fermé ou interstitiel, on peut faire soit une hystérectomie vaginale, soit une abdominale, à condition de n'employer, au cours de l'opération, aucun instrument perforant.

Si le foyer est en communication avec la cavité utéro-vaginale (et c'est le cas le plus fréquent), l'intervention revêt une gravité particulière. On doit recourir soit à l'hystérectomie vaginale, soit à l'abdominale totale. En aucun cas, le morcellement ou le curettage préalables ne doivent être proposés.

Indications opératoires dans les cas de fibromes au cours de la grossesse.

En dehors de tout souci de diagnostic, doit-on intervenir sur tout utérus gravide porteur de fibrome ? A quel moment ? Par quelle méthode ?

La règle générale, étant donné la menace d'avortement de l'utérus soumis à une opération quelconque, est l'expectative.

En effet, le plus souvent, le fibrome n'empêche pas le cours normal de la grossesse, et, très fréquemment, il régresse. « Le meilleur moyen curatif des fibromes est la grossesse, de même qu'elle en est le seul moyen prophylactique. » (Pinard, Goullioud.)

Cependant, il est certain que, dans quelques cas, et par sa position même, la tumeur peut être un obstacle au travail (fibrome prævia). D'autre part, son seul volume peut faciliter l'enclavement de l'utérus dans le bassin (compressions viscérales). Enfin, par troubles de nutrition spéciaux à la grossesse, il peut dégénérer.

En principe, le fibrome prævia, c'est-à-dire situé sur le segment inférieur, est dangereux, lorsqu'il occupe la partie postérieure du segment (Douglas) ; antérieur ou latéral, il a, par contre, beaucoup plus de chance de suivre le mouvement ascensionnel du globe utérin.

On interviendra donc quand le fibrome sera situé dans le Douglas ; l'opération se pratiquera au bout de trois ou quatre heures de travail non suivi d'adaptation de la tumeur.

Quant aux troubles mécaniques (compression des uretères, du rectum, des veines du bassin), ils décideront de l'intervention, en raison de leur gravité (distension du bassin, douleur rénale, occlusion intestinale, œdèmes des membres inférieurs, menace de phlébite).

Enfin, lorsque la tumeur devient douloureuse à la pression (nécrobiose après l'accouchement), avec troubles généraux (vomissements, température), il faut opérer.

En résumé, l'intervention, quelle qu'elle soit, doit être plus minutieusement encore discutée, du fait qu'elle s'adresse à la mère et à l'enfant. On donnera

donc, à plus forte raison, la préférence à la myomec-
tomie, chaque fois qu'elle sera possible, c'est-à-dire
au cas de fibrome pédiculé ou sessile, unique. Dans
ces cas, le moment optimum semble être du troisième
au quatrième mois. S'il y a impossibilité (grossesse
trop avancée, fibromes multiples, infectés, etc...),
l'hystérectomie doit être précédée de la césarienne.

CHAPITRE IV

Observations et résultats.

Il est difficile de recueillir les renseignements qui nous intéressent. D'une part, la date parfois éloignée du séjour à l'hôpital est une cause de déformation dans la mémoire des faits même les plus typiques se rapportant à la malade ; d'autre part et surtout, le fait plus matériel des changements d'adresse ou de disparition des intéressées a limité singulièrement le nombre des réponses.

Nous les donnerons donc pour ce qu'elles sont, et, en rapprochant de chacune d'elles les commémoratifs notés à l'entrée dans le service, nous essaierons simplement d'en tirer l'impression de résultat très bon, bon, passable ou mauvais.

Avant de commencer cette nomenclature, nous adressons un hommage reconnaissant à M. le Docteur Wertheimer, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, qui nous a aidé avec beaucoup d'amabilité dans le classement des observations et guidé de ses bons conseils.

En tête, et comme introduction, voici la statistique que publiait, au XXX^e Congrès de Chirurgie, M. le Professeur Bérard. Elle porte sur 138 cas.

Nombre de cas opérés	Voie vaginale	Voie abdominale	Ovaire conservé	Mortalité	Complications avec guérison	Age des malades	Grossesse après conservation	Cautérisation du col après sub. totale
138	2 hystérectomies 4 polypectomies	Totales..... 78 Sub. totales... 48 Myomectomies 6	Souvent chez les jeunes	Par infection : 4 dont 2 chez fibromes irradiés (sphacèle) Embolie 0 Divers.. 0	Phlébites..... 3 (1 totale, 2 sub. totales) Embolies pulmonaires.. 4	26-68 ans	2	0

Les symptômes qui avaient provoqué l'examen chirurgical étaient :

Hémorragies 93 fois.
Troubles fonctionnels 35 fois.
Tumeurs 27 fois.

Dans un tiers des cas (30), il y avait des lésions annexielles, 7 fois des néoplasmes, 10 fois des kystes ovariens (10).

OBSERVATION I

Mme C..., 51 ans. Entrée le 5 novembre 1920, pour douleurs abdominales.

La malade accuse des pertes rouges datant de un an, presque continuelles. Elle a subi un curettage à Lariboisière, après un traitement médical inefficace. Les pertes disparaissent pendant trois mois, puis réapparaissent sous forme de véritables hémorragies accompagnées de douleurs. Un deuxième curettage est pratiqué à Evian, absolument inefficace. C'est alors que la malade vient à l'Hôtel-Dieu. Elle présente à ce moment de l'anémie très marquée, de l'amaigrissement, de la constipation, mais pas de troubles urinaires.

Le 9 novembre, elle subit une hystérectomie totale, sous-rachi-anesthésie et éther, après incision médiane. A l'examen de la pièce, on trouve un polype gros, intra-cavitaire, en voie de dégénérescence. Elle sort le 21 novembre.

Le 16 juin 1924, elle répondait à notre enquête sous la forme suivante :

Etat de santé : Très bon.

Maux de tête : Très fréquents et très violents.

Plus de douleurs.

Pas de vertiges.

Plus d'hémorragies.

Plus de pertes blanches.

Plus de pertes jaunes.

Elle déclare en outre avoir pu reprendre une vie aussi active qu'avant sa maladie.

OBSERVATION II

Mme M..., 49 ans. Entrée le 26 octobre 1921.

Elle exerce la profession de lingère. Mariée, n'a pas eu d'enfants. Son fibrome date d'une dizaine d'années et augmente depuis cette époque. A l'entrée, il représente à peu près une tête de fœtus. La malade ne se souvient cependant

d'aucun trouble fonctionnel pendant les huit premières années de l'affection. Ses règles sont demeurées régulières et normales (2-3 jours), jusqu'en 1918.

Depuis 15 mois, la tumeur a triplé de volume, en même temps que quelques nausées, une constipation opiniâtre, des douleurs lombaires tenaces, de l'amaigrissement, des pertes blanches, de l'hydrorrhée, de légères hémorragies, l'incitent à entrer à l'hôpital.

Elle est opérée le 27 septembre 1924, par M. le Docteur Santy qui décide une hystérectomie sub-totale, après incision médiane sous-rachi-anesthésie. On extrait un fibrome mou de la grosseur d'une tête d'adulte. La malade sort le 30 novembre.

Le 16 juin 1924, elle nous déclare qu'elle a souffert les trois premiers mois qui ont suivi son opération, de douleurs de ventre assez fréquentes, et qu'actuellement, les seuls troubles dont elle se ressentent sont des maux de tête fréquents et des pertes blanches fréquentes également. A toutes nos autres demandes (vertiges, hémorragies, pertes jaunes, bouffées de chaleur, troubles psychiques), elle a répondu par la négative. Elle assure en outre qu'elle a pu reprendre sa vie normale six mois après sa sortie du service.

OBSERVATION III

Mme C..., 40 ans. Entre le 6 juin 1922.

Depuis son accouchement (elle a un fils de 15 ans), elle a ressenti des douleurs dorsales et abdominales ; mais, depuis 2 ans, en même temps que des pertes rouges apparaissent, les douleurs s'atténuent. M. le Docteur Santy pose le diagnostic de fibrome et décide l'intervention.

L'opération a lieu le 8 juin sous rachi-anesthésie. Après incision médiane, M. le Docteur Santy pratique l'hystérectomie totale : l'utérus était bourré de petits fibromes. Une mèche vaginale est laissée. La sortie de l'opérée a lieu fin juillet.

Le 16 juin 1924, on ne nous accuse que des bouffées de chaleur au visage, fréquentes et quelques pertes blanches,

et on nous déclare que l'état de santé est assez bon depuis l'intervention pour avoir permis la reprise d'une vie très active. A signaler cependant quelques douleurs dans les jambes.

OBSERVATION IV

Mme M..., 49 ans. Entre le 16 novembre 1922, parce qu'elle a des pertes rouges depuis 5 ans et qu'elle maigrit légèrement. Pas d'autre symptôme, pas d'histoire génitale.

Le 18 novembre, M. le Docteur Santy, après incision transversale sous rachi-anesthésie, pratique la sub-totale. Il s'agissait de fibromes multiples sous-péritonéaux.

La malade, dont la lettre reflète un véritable enthousiasme, nous accuse, au 16 juin 1924, un état de santé florissant et un peu d'embonpoint, dont elle n'a nulle raison de se plaindre d'ailleurs. Elle mène actuellement une vie beaucoup plus active qu'avant sa maladie.

OBSERVATION V

Mme M... a été opérée le 3 juin 1922, pour fibrome et hernie. Elle nous accuse, en réponse à notre lettre, un état de santé médiocre, quelques douleurs abdominales, des vertiges passagers et n'a pu reprendre une vie active.

OBSERVATION VI

Mme Joséphine R..., mariée, pas d'enfants, a été opérée le 14 décembre 1922. Elle est sortie le 21 janvier 1923.

A la date du 16 juin 1924, elle accuse un état de santé très médiocre, des douleurs abdominales fréquentes et violentes, des maux de tête fréquents et tenaces. Elle n'a pu reprendre une vie aussi active qu'avant sa maladie.

OBSERVATION VII

Mme A..., Claudine, a été hystérectomisée le 22 mars 1923. Elle est sortie de l'hôpital le 7 avril 1923.

Elle jouit actuellement d'une santé excellente, dit-elle, et répond par « non » à toutes nos questions. Elle mène actuellement une existence particulièrement pénible sans en ressentir de gêne.

OBSERVATION VIII

Mme C..., 46 ans. Entre pour pertes rouges et troubles urinaires.

Ses règles sont devenues plus abondantes depuis un an, parfois elles comportent quelques caillots ; puis se sont installées des pertes dans l'intervalle des règles. Elle a des envies d'uriner fréquentes, sans émissions d'urines (sondages).

A l'examen, on constate l'existence d'une masse dure, sus-pubienne (deux travers de doigt), peu douloureuse. Le toucher vaginal est impossible. Au toucher rectal, on sent une masse médiane antérieure dure, surplombée par une autre masse, mal limitée.

Le 5 avril, M. le Professeur Bérard, après ouverture de l'hymen, excise un polype sortant par l'orifice cervical : l'ablation est aisée, étant donné la dilatation du col. On fait une injection intra-utérine et on place une mèche. La malade sort le 19 avril 1923.

Elle nous écrit qu'elle a actuellement une bonne santé, et ne se plaint d'aucun trouble. Elle a repris facilement son travail.

OBSERVATION IX

Mme L..., 46 ans, est entrée le 23 octobre 1923 pour métrorragies. Elle a eu une vie génitale assez mouvementée (1 fausse-couche, 2 enfants dont la naissance est postérieure à une castration unilatérale). Son mari a subi aussi une castration pour tuberculose du testicule. •

Elle est venue à l'hôpital parce que depuis 6 mois elle perd de plus en plus, et sans aucune régularité, elle n'a remarqué aucun autre trouble.

L'utérus remonte à un travers de main au-dessus du pubis.

Le 25 octobre, M. le Professeur Bérard décide l'intervention : Après incision médiane, l'hystérectomie totale est faite, suivie de drainage sous-péritonéal par mèche vaginale. Il s'agissait d'un utérus fibromateux, avec adhérences épiploïques à droite.

La malade sort un mois après (24 novembre).

La convalescence, au dire de Mme L..., a duré 4 mois. Après quoi, tout est rentré dans l'ordre, et elle a pu reprendre ses occupations.

OBSERVATION X

Mme P..., 16 ans. Mariée depuis six mois, elle vient à l'hôpital le 24 novembre 1922, pour douleurs abdominales et pour des pertes rouges, sans caillots, consécutives à une môle hydatiforme pour laquelle on a fait un curage digital. Enfin, quelques pertes rosées.

L'examen décèle un col mou, entr'ouvert, et, dans le cul-de-sac gauche qui est douloureux, une masse dure et bosselée. Le 25 novembre, M. le Professeur Bérard fait une laparotomie médiane sous-ombilicale, qui mène sur des anses intestinales agglutinées, par péri-annexite suppurée. On dégage en pratiquant l'aspiration du pus. L'hystérectomie abdominale totale peut alors être faite, suivie de drainage vaginal

par mèche. Une appendicectomie termine l'histoire chirurgicale de la malade.

Mme P... nous répond qu'elle ne se plaint actuellement que de quelques maux de tête et de vapeurs, mais qu'elle mène néanmoins une existence normale.

OBSERVATION XI

Joséphine L..., 29 ans. Une constipation habituelle, des nausées, des vomissements bilieux, des règles irrégulières, des pertes blanches, tels sont les symptômes qui décident la malade à se faire examiner.

M. le Docteur Bérard pose le diagnostic de fibrome (masse dépassant l'ombilic et s'étendant à trois travers de doigt en dessous). Le point de Mac-Burney est douloureux.

L'hystérectomie sub-totale pratiquée le 22 novembre 1923, est suivie de l'appendicectomie.

Actuellement, la malade nous déclare qu'elle a mis deux mois pour se remettre, pendant lesquels elle a ressenti des douleurs dans le bas-ventre et le flanc droit. Elle se plaint aussi de vapeurs, de nervosité, de nausées, et accuse même des « règles (?) » douloureuses et de peu de durée.

Elle a repris avec peine son travail.

OBSERVATION XII

Mme A..., 42 ans, entre pour douleurs rénales, hémorragies, constipation, le tout datant de 1915. Elle accuse également de l'asthénie, de l'amaigrissement, de la pesanteur pelvienne, des pertes blanches. On sent, à l'examen, une masse dure, bien limitée, dans la fosse iliaque droite.

M. le Docteur Chalier, le 26 janvier 1924, pratique l'hystérectomie totale et extirpe un très gros fibrome multi-lobé, adhérent à l'S iliaque. Une mèche vaginale est placée. A

la coupe, il s'agit de fibromes normaux ; un seul noyau présente la dégénérescence calcaire.

Mme A... jouit à ce jour d'une santé parfaite, selon sa propre expression.

OBSERVATION XIII

Elise G..., 49 ans, mariée, 4 enfants, se présente avec un ensemble de troubles digestifs datant de 6 ans, génitaux depuis 3 ans (règles irrégulières, douloureuses, l'obligeant à se mettre au lit). Enfin, en novembre dernier, elle s'est aperçue qu'elle portait une tumeur, s'est inquiétée et s'est décidée à venir à l'hôpital.

Le toucher montre un col en avant et à gauche, refoulé par une masse qui occupe le Douglas, de consistance kystique. A gauche, petite masse dure, régulière.

Le 1^{er} mars, M. le Docteur Santy, qui a décidé l'intervention, tombe sur une tumeur incluse dans le ligament large droit, l'utérus, refoulé en avant, paraissant indépendant de la tumeur. L'extirpation paraissant très difficile, on procède à l'hystérectomie de gauche à droite, où l'on se rend compte que la tumeur fait corps avec l'isthme et qu'il s'agit d'un fibrome intra-ligamenteux. Le drainage à la Mickulicz termine l'opération.

Actuellement, la malade éprouve toujours quelques maux de reins, et quelques difficultés pour uriner et aller à la selle. Elle n'accuse pas d'autres troubles et se considère encore comme en convalescence.

OBSERVATION XIV

Mme S..., 51 ans, présente, à l'entrée, des pertes rouges très abondantes ayant fait suite à des règles exagérées dont le début remontait à 1 an. Les hémorragies actuelles sont plus nettes depuis 3 mois. La malade est anémiée.

L'utérus, augmenté de volume, ferme, très mobile, remonte à un travers de main au-dessus du pubis. M. le Docteur Santy, le 20 mars 1924, lui pose des tubes de radium.

A ce jour, les hémorragies ont totalement disparu. Il subsiste des pertes jaunes et blanches, des douleurs de ventre, des bouffées de chaleur très fréquentes. La vie normale n'a pu encore être reprise.

OBSERVATION XV

Mme G..., 46 ans. Pertes rouges, troubles urinaires, pertes blanches, anémie, tels sont les troubles pour lesquels la malade entre dans le service (avril 1924).

Il s'agit d'un gros polype sortant du col. M. le Docteur Bérard pratique une polypectomie, suivie de drainage par mèche. Actuellement la malade se trouve en pleine santé.

Nous avons à dessein réservé les deux observations suivantes, qui comportent un décès, et une myomectomie.

Le premier cas ne peut être, en effet, considéré comme une cure de fibrome, puisque, de l'aveu même du mari, le pronostic de mort dans un délai d'un an avait été porté au moment de l'intervention.

Le deuxième concerne un cas de fibrome et grossesse concomitante. En ce qui concerne la première observation, nous ne faisons que la signaler, car, tout ce que nous avons pu en retrouver c'est la réponse peu courtoise que le mari, M. M..., nous a adressée. Tout ce qu'il nous a été possible de savoir c'est que la malade était morte le 4 juin 1921, et que le pronostic de mort avait été fait au moment même de l'examen.

La seconde concerne Madame C.

Mme C. C... a été mise en observation 3 jours salle Lumière, où elle a été visitée également par M. le Docteur Plauchu, à qui on soumit le cas. L'attente est décidée.

Au bout d'une quinzaine de jours, la malade étant rentrée chez elle, se met à souffrir et son médecin l'envoie à la Charité (service du Professeur Cotte) où elle est opérée le 22 septembre 1922, étant enceinte de 4 mois. Après myomectomie, la grossesse a évolué normalement jusqu'à la fin et la malade a accouché le 16 mars 1923 à la Charité d'un enfant bien portant, actuellement vivant. Mme C. C... déclare en outre ne se ressentir nullement de son opération ni de son accouchement.

Résultats.

Nous commenterons très brièvement les résultats qu'on nous a adressés, en réponse à notre questionnaire.

Pour cela, nous reprendrons nos observations, de façon à grouper les réponses similaires, dans la mesure du possible.

OBS. I. — 51 ans. Douleurs abdominales. Pertes rouges depuis 1 an. Amaigrissement. Constipation. Hystérectomie totale : polype gros, intra-cavitaire, en voie de dégénérescence (5 nov. 1920).

16 juin 1924 : Etat de santé très bon.

OBS. II. — 49 ans. Troubles depuis 15 mois : nausées, pertes blanches, constipation. Tumeur triplée de volume (tête d'adulte). Hystérectomie sub-totale : fibrome mou (27 septembre 1921).

Le 16 juin 1924 : Santé bonne.

OBS. III. — 40 ans. Depuis 2 ans, pertes rouges, amendement des douleurs abdominales. Hystérectomie totale : utérus farci de petits fibromes. Mèche vaginale (8 juin 1922).

Le 16 juin 1924 : Santé bonne.

OBS. IV. — 49 ans. Pertes rouges depuis 5 ans. Hystérectomie subtotala : fibromes multiples sous-péritonéaux (18 novembre 1922).

Le 16 juin 1924 : Santé florissante.

OBS. V. — Fibrome et hernie (3 juin 1922).

Le 16 juin 1924 : Santé assez bonne.

OBS. VI. — Fibrome (?) (14 décembre 1922).

Le 16 juin 1924 : Santé très médiocre.

OBS. VII. — Opérée le 22 mars 1923.

Le 16 juin 1924 : Santé excellente.

OBS. VIII. — 46 ans. Hémorragies, troubles urinaires. Polypectomie (5 mai 1923).

Le 16 juin 1924 : Santé bonne.

OBS. IX. — 46 ans. Métrorragies. Hystérectomie totale (25 octobre 1923).

Le 16 juin 1924 : Santé bonne.

OBS. X. — 16 ans. Périannexite suppurée. Hystérectomie totale (29 septembre 1923).

Le 16 juin 1924 : Santé assez bonne.

OBS. XI. — 29 ans. Troubles généraux. Appendicectomie. Hystérectomie subtotale (22 novembre 1923).

Le 16 juin 1924 : Santé médiocre.

OBS. XII. — 42 ans. Hémorragies. Hystérectomie totale (26 janvier 1924).

Le 16 juin 1924 : Guérison totale.

OBS. XIII. — 49 ans. Troubles digestifs et génitaux. Hystérectomie totale (1^{er} mars 1924).

Le 16 juin 1924 : Encore incomplètement rétablie.

OBS. XIX. — 51 ans. Hémorragies. Radium (20 mars 1924).

Le 16 juin 1924 : Incomplètement rétablie.

OBS. XV. — 46 ans. Hémorragies, troubles urinaires. Polypectomie (5 avril 1924).

Le 16 juin 1924 : Bonne santé.

De cette série de réponses, la première impression qui se dégage est la satisfaction des opérées, dans presque tous les cas. En effet, chez deux seulement, l'épithète de « médiocre » et « très médiocre » apparaît ; or, il s'agit, d'une part, d'une femme présentant un fibrome compliqué d'une appendicite, d'autre part d'un fibrome chez une femme de 51 ans (la plus âgée de notre liste), chez laquelle on a appliqué le radium. Cela n'infirme donc en rien l'impression consolante que nous donnent les hystérectomisées.

La seule chose qui nous reste donc à regretter, c'est le peu de réponses que nous avons pu obtenir, pauvreté qui, sûrement, infirmerait la valeur de nos conclusions, si nous avions mis ce travail sous forme de statistique. C'est pourquoi, nous avons dû modifier notre titre primitif et n'avons eu d'autre pensée que d'apporter une petite contribution à l'étude du traitement chirurgical des fibromes utérins.

CONCLUSIONS

I. — Tout fibrome utérin ne commande pas une thérapeutique active. Nombre de fibromes sont compatibles avec une vie à peu près normale. C'est pourquoi il est très difficile de s'entendre sur les indications et sur l'efficacité de telle ou telle thérapeutique.

II. — Pour M. le Professeur Bérard, les fibromes qui relèvent des agents physiques (radium, rayons X) représentent la minorité des cas observés habituellement dans les services de chirurgie. Ce sont les utérus fibromateux sans nodules distincts, avec réaction congestive de la muqueuse (utérus mou, ne dépassant pas habituellement le volume du poing), observés principalement à l'âge de la ménopause. Ce sont également les fibromes purs de toute lésion de voisinage, pour lesquels se pose quelque contre-indication opératoire momentanée ou permanente : anémie grave, albuminurie, lésions pulmonaires ou cardiaques, etc.). Au radium reviennent les fibromes de moindre volume, aux rayons X les plus gros. Les agents physiques semblent agir plus par stérilisation des ovaires que par effet direct sur le tissu fibromateux.

III. — Si l'on veut conserver à une femme ses fonctions génitales et de reproduction, il faut recourir à la myomectomie.

IV. — Dans les services de chirurgie générale, presque tous les fibromes observés sont compliqués de lésions de voisinage (annexite, lésions ovariennes, kystiques ou suppurées ; d'altérations trophiques du fibrome lui-même, vice de position, etc...). C'est pourquoi, dans presque tous les cas, on est conduit à pratiquer l'hystérectomie totale ou subtotale.

V. — Les troubles consécutifs à ces opérations sont, en général, peu importants. Ils ne sauraient, en aucun cas, justifier une contre-indication opératoire.

VI. — Les suites défavorables sont observées dans les cas où l'état général, une complication du fibrome, commandent une intervention urgente, effectuée dans de mauvaises conditions.

VII. — La myomectomie et l'hystérectomie pour fibrome utérin comportent une mortalité faible (2,8 %, dans le service de M. le Professeur Bérard). Quant aux suites éloignées, elles donnent généralement satisfaction aux malades qui, comme l'annonçaient déjà les rapporteurs du Congrès de Paris, 1891, sont « valides et contentes de leur sort ».

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BÉRARD

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 Janvier 1925

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

1. — Mémoires de la *Société Royale de Médecine de Paris* (1779).
 2. — *Thèse* de Bailly : « Considérations physiologiques sur la castration chez la femme » (1871).
 3. — PUECH^e : « Considérations physiologiques sur la castration chez la femme » (1873).
 4. — *Nouveau Dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratiques*, T. XXV.
 5. — « De l'ablation des tumeurs du ventre, considérée dans ses rapports avec la menstruation, les appétits vénériens, la fécondation, la grossesse et l'accouchement. (*Gazette Médicale*, année 1880, n° 15.)
 6. — JAYLE. *Revue de Gynécologie* (1897).
 7. — 1) *Congrès français de chirurgie*, V^e session. Paris 1891.
2) *Id.*
3) *Id.*
4) *Id.*
 8. — JULIEN. — *Thèse* : « Recherches sur les suites éloignées de la castration chez la femme et sur l'opothérapie ovarienne ». Lille, 1899.
 9. — Rapports de MM. LABBEY et TIXIER, XXX^e *Congrès de Chirurgie*, 1924.
 10. — Statistique de M. le Professeur BERARD, Hôtel-Dieu, 1920-1924.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	7
Chapitre premier. — Etude clinique et orientation du traitement	9
Chapitre II. — Des troubles « présumés » consé- cutifs à la castration chirurgicale.....	19
Chapitre III. — Les indications du traitement chirurgical dans les fibromes	25
Chapitre IV. — Observations et résultats.....	37
Conclusions.....	51
Bibliographie.....	53
